



462673
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2014	4-Data de Autorização 21/01/2014	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8236930	7-Data Validade da Serinha 21/01/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202025211336500049203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANA LUIZA MONTEIRO SARDINHA	14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano RENAN RAMALHO SARDINHA
--	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 4992	17-UF DF	18-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

19-Atendimento a RN N	20-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16111282011100	22-Número do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES
--------------------------	--	---	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3400	1000			18/01/2014		
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7200	1000			18/01/2014		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão do Tratamento 03/02/2014	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 10600	47-Valor Total R\$ 1000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Conservação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/01/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
----------------	---	---	---	--